

Présentation

Volume 12, numéro 2, novembre 1987

Chômage et santé mentale (1) et Histoire et politiques (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030393ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030393ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

(1987). Présentation. *Santé mentale au Québec*, 12(2), 5–6.
<https://doi.org/10.7202/030393ar>

Présentation

CHÔMAGE ET SANTÉ MENTALE

Le premier dossier de ce numéro porte sur la problématique de la santé mentale et du chômage. La conception de ce dossier n'est pas si éloignée du numéro Santé mentale et travail de novembre 85 publié dans cette revue. En effet, chômage et travail sont deux facettes d'un même cycle soit celui de la réorganisation de la production dans notre contexte capitaliste en profond bouleversement.

L'évolution de notre système de production provoque des transformations parfois brutales dans l'organisation du travail et constitue ainsi un facteur de risque à la santé mentale des travailleurs, et entraîne également une accentuation du phénomène du chômage. L'étude du lien entre le chômage et la santé conduit à analyser le non-travail dans son rapport avec le travail salarié. Il apparaît ainsi que pour les chômeurs et chômeuses, le chômage est libérateur des aspects aliénants de l'emploi antérieur et révélateur de la pathologie du travail. À l'inverse, masquant la morbidité liée au travail, il représente pour les travailleurs une menace à leur emploi. Par ailleurs, le chômage est aussi rupture avec l'activité professionnelle et les conséquences latentes positives de l'emploi.

Dans ce dossier, nous présentons des articles de recherche récents réalisés au Québec ainsi que des perspectives préventives et d'intervention. Les aspects problématiques de la situation du chômage sont largement présentés. Entre le moment d'une mise à pied et l'apparition d'un problème de santé mentale ou, au contraire, d'une réorganisation (plus saine) de sa vie, se situe un territoire encore mal exploité, hanté par l'éthique du travail, les difficultés financières et un temps soudainement libéré. Projeté(e)s contre leur gré dans un (no work land), chômeurs et chômeuses puisent dans leurs réserves de ressources personnelles et collectives de quoi faire face, sauver la face et s'en sortir. D'étape en étape, certains maintiennent leur équilibre, d'autres le perdent, d'autres rebondissent, se découvrent des possibilités et atteignent un mieux-être insoupçonné auparavant.

Contrairement à l'idée courante d'un vécu du chômage monolithique et le plus souvent catastrophique, des travaux lèvent le voile sur un domaine de recherche diversifié dont les paramètres varient selon les groupes sociaux et selon les individus. La mise en perspective de l'importance de ces contextes personnels et sociaux devrait servir de guide à la réflexion par rapport à l'intervention.

HISTOIRE ET POLITIQUES

«Donc, à considérer de près les idéologies des vingt dernières années, on n'observe pas de révolution, *tranquille* ou non. On constate plutôt des effets de transposition, que les historiens de l'avenir enregistreront comme ces vagues de surface qui cachent davantage qu'elles ne démarquent les mouvements de fonds des sociétés.» (Fernand Dumont, *Le sort de la culture*, 1987).

Le dépôt du projet de politique de santé mentale pour le Québec, *Pour un partenariat élargi*, le 30 septembre 1987, a suscité des réactions négatives résumées sous trois titres: un partenariat tronqué, éclaté et institutionnalisé. Le premier sous-tend l'idée que les psychiatres sont les premiers responsables de l'application de la nouvelle politique et que de ce fait, la place qui leur revient est celle de leader (Dr. Jacques Bourque, président de l'Association des psychiatres du Québec, *l'Actualité médicale*, 21 octobre 1987). Le deuxième

titre dénonce «l'absence d'une charpente de base à partir de laquelle les services concrets pourraient être définis» et l'absence d'une définition des rôles de chaque établissement (Jacques Roy, C.L.S.C. Des Chenaux, *Le Devoir*, 8 décembre 1987). Le troisième titre stipule que «les ressources alternatives et communautaires n'ont rien à voir dans ce «partenariat élargi» qui propose «l'institutionnalisation élargie» (Maison St-Jacques, mémoire à la Commission des affaires sociales, décembre 1987). En d'autres mots, les réactions au projet de politique dépendent des enjeux de chaque milieu: possibilités de remise en question de sa prédominance, de l'attribution de nouveaux rôles et de modification de son statut alternatif.

Mais au-delà de ces réactions, d'autres voix émergent jugeant ce rapport progressiste, au point de souhaiter qu'un groupe reprenne cette balle bondissante et la lance plus loin avant qu'elle ne retombe (Gilles Bibeau, directeur du département d'anthropologie de l'Université de Montréal, lors d'un colloque organisé par le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, 10 décembre 1987).

En effet, le comité de la politique de santé mentale a élaboré pour les personnes aux prises avec les problèmes mentaux les plus sévères un discours et une vision progressistes, en reconnaissant officiellement les orientations de la psychiatrie communautaire. Malheureusement, le comité n'a pu, pour diverses raisons sans doute, élaborer une opérationnalisation de cette philosophie qui aurait sûrement bouleversé les droits acquis et habitudes des institutions, des professions, etc. Par cette absence d'opérationnalisation, le projet de politique risque d'avoir les effets contraires à ceux escomptés. En ne proposant aucune hypothèse susceptible de transformer le système actuel (tel par exemple un réseau de services dont la structure-pivot seraient les départements de psychiatrie des hôpitaux généraux, ou les C.L.S.C., ou des centres locaux de santé mentale, etc.), le comité laisse libre cours aux forces du marché institutionnel et endosse, de facto, la politique de gestion qui perpétue la dominance des institutions: l'intégration des services sociaux et de santé.

Malgré ses mérites, cette politique de gestion consolide dans les faits le pouvoir des institutions et de leurs représentants telle une force centripète. Ces institutions reçoivent en effet plus de 99% des ressources budgétaires allouées par l'État à la santé mentale, dont plus de 70% financent les centres hospitaliers psychiatriques. Vu ce poids prédominant, il est presque impossible qu'une politique non centrée sur ces institutions, et non contrôlée par elles, soit implantée à moins d'un renversement profond des valeurs, de la structure de pouvoir, des allocations budgétaires, etc. du système en place.

Au lieu de créer une «anarchie organisée» permettant aux différences d'exister à la bande du système et de dynamiser ce dernier, selon les termes de Gilles Bibeau, le projet de politique de santé mentale ne confirmerait-il pas, contrairement au souhait de ses concepteurs, la prédominance des discours institutionnels et des institutions comme acteurs de toute première importance, laissant l'histoire et les politiques se transposer à nouveau.